

241

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 8 Juin 1893, à 1 heure.

PAR

Albert BOURDETTE

Né à Campan (Hautes-Pyrénées), le 22 juin 1865.

DE L'IODOFORME
& DE L'IODOFORMISME

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

Juges { MM.
 CHARCOT, professeur.
 JOFFROY, CHANTEMESSE, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

THE
DOCTORAT EN MEDICINE

ALBERT ROBERTS

THE
DOCTORAT EN MEDICINE

ALBERT ROBERTS

THE
DOCTORAT EN MEDICINE

240
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 8 Juin 1893, à 1 heure.

PAR

Albert BOURDETTE

Né à Campan (Hautes-Pyrénées), le 22 juin 1865.

DE L'IODOFORME
& DE L'IODOFORMISME

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

Juges { MM.
CHARCOT, professeur.
JOFFROY, CHANTEMESSE, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	N.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	{ G. SÉE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	{ TILLAUX.
Clinique chirurgicale	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MENÉTRIER.	SÉBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	TUFFIER.
BRISSAUD.	GLEY.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomiques	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	QUENU.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	RÉTTERER.	
DEJERINE.	MARFAN.	RICARD.	

Le secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur LABOULBÈNE

A M. LE DOCTEUR BAUDRIMONT

Chirurgien à l'Hôpital Saint-André, à Bordeaux

A M. LE DOCTEUR FOURQUET

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Le Docteur BOURDETTE

A MA MÈRE

A MA TANTE

A MON FRÈRE

A MES AMIS



INTRODUCTION

C'est en voyant les accidents redoutables causés par l'emploi de l'iodoforme à l'extérieur et à l'intérieur que nous avons eu l'idée de publier quelques observations nouvelles et de rechercher ce qui avait été écrit déjà sur ce sujet toujours nouveau, puisque l'iodoforme est encore un des médicaments les plus employés en thérapeutique, soit dans le pansement des plaies, soit à l'intérieur.

En France, les études de Berger (*Revue d'Hayem*, 1883), les traités de thérapeutique de Manquat, Dujardin-Beaumetz, les thèses d'agrégation de Brun, Meunier, les articles de Thibierge dans les *Annales de dermatologie*, 1888, les articles de Wallich (*Union médic.*, 1888), ceux de Duret (*Soc. anat. clin.*), nous ont été d'un précieux secours. Nous avons également constaté avec succès ce qui avait été écrit à ce sujet chez les étrangers (travaux de Kœnig, Max Schade, Beger-Taylor, Goodel, Liebisch, Roberstson, etc., etc.).

C'est pour grouper en peu de pages un sujet très vaste que nous avons laissé de côté des considérations chimiques très intéressantes par ailleurs et que nous avons porté toute notre attention sur le côté clinique de la question.

Nous avons donc classé et divisé ces considérations théoriques dans l'ordre suivant, surtout sur celles qui nous ont paru plus importantes et plus intéressantes pour le praticien :

1° Emploi de l'iodoforme en chirurgie. — Accidents locaux ;

2° Emploi de l'iodoforme à l'intérieur. — Accidents légers qu'il détermine ;

3° Iodoformisme grave atteignant les différents tissus et systèmes de l'organisme ;

4° Causes de l'iodoformisme. — Idiosynérasie des sujets ;

5° Théorie sur le mode d'action de l'iodoforme dans l'organisme ;

6° Diagnostic. — Pronostic. — Traitement ;

7° Observations ;

8° Conclusions.

Si les observations, plus nombreuses tous les jours, les expériences tentées sur les animaux ont éclairé d'un jour nouveau les avantages réels de l'iodoforme comme agent thérapeutique, elles ont démontré aussi les inconvénients non moins sérieux de cette substance. Depuis longtemps les auteurs étrangers avaient jeté le premier cri d'alarme. En France, les thèses d'agrégation de Brun, les travaux de Le Dentu, de Berger étaient venus confirmer les appréhensions des étrangers. Nous n'avons donc pas la préten-

tion de fournir un travail absolument original. Nous avons simplement essayé de grouper quelques considérations récentes des différents auteurs qui se sont occupés de cette question, considérations éparses de tous côtés et de donner quelques observations nouvelles à l'appui de ces considérations. Mais avant d'aborder notre étude, nous prions M. le professeur Laboulbène de vouloir bien accepter nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous prions également M. le docteur Baudrimont, chirurgien de l'hôpital Saint-André, à Bordeaux, d'agréer l'expression de notre vive gratitude pour la bienveillance qu'il nous a toujours montrée. C'est lui qui nous a fourni l'idée de ce travail, et nous n'oublierons jamais les preuves de bonté qu'il nous a données en maintes circonstances depuis l'époque où nous avons commencé nos études médicales.

Nous saisissons avec empressement l'occasion qui s'offre à nous de remercier M. le docteur Fourquet et M. le préparateur de physiologie à la Faculté de médecine de Bordeaux pour les renseignements et les conseils qu'ils nous ont donnés pour notre travail.





CHAPITRE I

L'idée d'appliquer l'iodoforme aux pansements des plaies appartient à Righini (d'Oleggio) qui, le premier, annonça ses propriétés antiseptiques et le recommanda surtout comme topique dans les ulcères atoniques et, quelques années plus tard, il insista de nouveau sur l'action antiputride en même temps qu'analgésiante que ce corps exerçait principalement sur la surface ulcérée des cancers. — Easlake, Greenhalg en 1866, à la Société obstétricale de Londres, Demarquay en France se louèrent de son emploi dans les cancers ulcérés du col utérin.

Kennedy, Boyer en 1870, Isard en 1872, Strowsky en 1877 confirmèrent son efficacité, et différents essais sont tentés pour introduire ce médicament en thérapeutique des maladies des femmes dans les ulcérations des fosses nasales du pharynx. En 1880, il passe de la pratique de la petite à la grande chirurgie. Les cas où le pansement à l'iodoforme a été pratiqué peuvent, suivant la nature de la

plaie, se répartir en un certain nombre de catégories correspondant à des indications et à un mode différent. C'est la base de la classification de Mikuliez, que nous donnons ici.

1° Plaies ordinaires.

- a) celles qui doivent être réunies par première intention.
- b) celles que l'on ne cherche pas à réunir.
- c) septiques.

2° Plaies cavitaires.

- a) cavités muqueuses.
- b) celles qui intéressent les grandes cavités séreuses.

Quelles que soient les classifications, nous le voyons, l'iodoforme est employé dans le traitement des affections scrofuleuses et tuberculeuses en général. Mais il a encore d'autres applications aussi importantes et que nous pourrions qualifier de spéciales :

En gynécologie) cancers du col, affections utérines et périutérines ;

En obstétrique) à la suite des couches ;

En dermatologie) lupus, etc. ;

En oculistique) granulations, kératites *panus* invétérées avec trachomes, kératite interstitielle, dacryocystite, ophtalmie.

Dans les maladies du nez) ozène, etc. ;

Dans les maladies vénériennes) chancres mou, induré ; syphilides ulcéreuses, etc. ;

Dans l'art dentaire.

L'iodoforme est donc un des agents thérapeutiques les plus employés en chirurgie et ses modes d'application sont très nombreux, soit qu'on l'étende simplement en poudre sur les plaies, soit qu'on l'applique en pommade ou qu'on fasse des injections interstitielles. D'autres qualités viennent encore s'ajouter et, il faut bien le reconnaître, ont encore augmenté la vogue de l'iodoforme. Il est d'une application facile et permet à volonté le traitement de la plaie. Il ne nécessite aucun matériel spécial et n'exige pas de renouvellement fréquent dans le pansement. Il est applicable encore, grâce à la propriété qu'il a d'agir par contact, en certaines régions où le passage continu de gaz et de liquides rend le pansement de Lister inapplicable. Tels sont, en résumé, les avantages de l'iodoforme dans son emploi à l'extérieur. Mais à côté de ces avantages se placent des inconvénients non moins sérieux, et cet agent thérapeutique arrive aujourd'hui à être considéré comme une substance toxique.

D'abord elle est coûteuse, et ensuite, malgré les précautions que l'on prend pour en masquer l'odeur, celle-ci, persistante et pénétrante, est une cause d'ennui pour le chirurgien et le malade. Ces inconvénients seraient cependant minimes, si nous n'avions à y ajouter la crainte d'accidents redoutables pour l'organisme entier.

Mais l'intoxication produite par l'emploi de l'iodoforme à haute dose et sur des plaies considérables n'est pas la seule à craindre et, à côté d'elle, il faut placer des accidents d'une moindre importance se localisant sur la place elle-même et tout autour sans avoir de retentissement sur les différents tissus et systèmes qui composent l'organisme.

Ces complications ont déjà été notées par les auteurs.

« L'emploi de l'iodoforme peut provoquer sur la peau un peu d'érythème et quelques vésicules, surtout après un contact prolongé (*Manquat*). » Reclus, Mignon ont publié quelques cas de sphacèle de la peau à la suite d'injections douloureuses.

D'après König, l'action de l'iodoforme provoquerait autour de la plaie un état d'irritation se traduisant parfois par un exanthème papuleux, parfois par l'eczéma (Le Dentu). Suivant Koster, il agirait comme corps étranger et provoquerait une infiltration œdémato-phlegmoneuse de la peau, avec rougeur diffuse et violacée qui se terminerait par la formation d'abcès.

Goïge et avec lui Kocher, Podratzky, Küster, Güterbock accusent cet agent de favoriser l'érysipèle et les phlegmons.

Cependant des complications aussi graves que l'érysipèle et le phlegmon doivent-elles être imputées exclusivement à l'emploi de l'iodoforme? Ne devrait-on pas rechercher ailleurs les conséquences désastreuses produites par cet agent et notées dans les observations de Max Schede, où en sept mois 28 cas d'érysipèle et de pyémie, dont 13 morts, furent attribués à l'emploi de l'iodoforme. Nous ne le pensons pas. Il nous a été donné de voir dans les différents services de l'hôpital Saint-André à Bordeaux quelques-unes de ces complications, et jamais nous n'avons noté l'apparition ou d'érysipèles ou de phlegmons qui devrait être, suivant la plupart des praticiens, attribuée à d'autres causes.



CHAPITRE II.

L'iodoforme, très employé en chirurgie, est encore un agent thérapeutique assez important en médecine, où on l'administre en cachets, en pilules, en inhalations et dans un grand nombre de maladies, soit comme anesthésique, soit comme désinfectant, et en particulier dans les affections de la poitrine (Dujardin-Beaumetz). Il a été recommandé dans le diabète (Moleschoff), dans les névralgies d'origine syphilitique, etc., etc.

Cependant si chez certains malades des doses de 0 gr. 25 ont pu être données trois et quatre fois par jour sans inconvénients immédiats, c'est-à-dire sans action directe sur les voies digestives, d'autres n'ont pu supporter cette substance, même à des doses beaucoup plus faibles. Des accidents légers, il est vrai, ont apparus, qui ont nécessité une interruption momentanée et quelquefois complète dans l'emploi de ce médicament. Les auteurs ont signalé en effet de l'inappétence s'accompagnant souvent des signes de

catarrhe gastrique (langue blanche et chargée), renvois et sensation de brûlure à l'épigastre. Cependant à ce moment on observe rarement des vomissements ou de la diarrhée.

Le malade a un goût d'iodoforme dans la bouche, qui provoque un éloignement pour la nourriture. Les boissons sont même mal supportées. Kocher a noté une dysphagie réelle avec douleur dans la déglutition, provenant sans doute de l'état de sécheresse dans lequel se trouve la gorge. D'autres fois du délire est apparu avec d'autres phénomènes légers du côté du système circulatoire (accélération du pouls, etc.) et de l'appareil respiratoire, de la peur et des organes des sens. Dans ces conditions l'interruption complète du médicament a fait cesser de suite ces légers accidents.





CHAPITRE III

Tous les accidents possibles de l'iodisme peuvent se rencontrer avec l'iodoforme, cependant à un degré beaucoup plus faible ; mais à l'iodoforme appartiennent certains phénomènes graves se présentant plus particulièrement du côté du système nerveux. Disons d'abord que ce qui caractérise l'intoxication, c'est l'irrégularité de son apparition et de sa marche qui défie toute règle et toute prévision.

On a voulu décrire une intoxication aiguë et une intoxication chronique, la première survenant peu d'heures ou peu de jours après l'introduction de quantités notables de médicaments, la seconde ne s'observerait que plusieurs jours après. On lui a donné le nom de *psychose iodoformique*. L'analyse des observations ne paraît pas bien justifier cette distinction.

D'après Duret (Soc. anat. clin., 1887), il existerait trois formes distinctes d'intoxication :

- 1° Éruptive ;
- 2° Cérébrale ou délirante ;
- 3° Syncopale ou hypothermique.

La première, la plus fréquente, caractérisée par une éruption rubéolique se manifestant sur diverses parties du corps et loin du siège d'application.

La cérébrale, caractérisée par des accidents épileptiformes ou de l'insomnie avec délire.

La syncopale, la plus grave, suivie d'hypothermie et d'algidité.

On a encore divisé l'intoxication en légère, moyenne, grave. Nous préférons, avec Kœnig, une classification plus simple et diviser l'empoisonnement en léger et grave.

Quoi qu'il en soit, que l'on adopte l'une ou l'autre des classifications, examinons les accidents de l'intoxication dans les différents systèmes de l'organisme.

A. — *Système nerveux.*

Ces accidents ont été très bien décrits par plusieurs auteurs.

Il y a d'abord agitation qui s'accompagne de privation de sommeil ou, si le malade s'endort, il se réveille en sursaut, se tourne et se retourne dans son lit, tire ses couvertures avec les mains, mouvement automatique que l'on retrouve dans les cas les plus graves.

Cette agitation s'accompagne de troubles psychiques considérables d'abord, sensibilité exagérée des opérés qu'un rien affecte, tristesse, inquiétudes vagues, faiblesse de la

mémoire. Tous les troubles nerveux peuvent se borner à cet état mental qui persiste parfois même après la cessation du traitement.

Dans les cas les plus graves, soit d'emblée, soit après quelques jours de mélancolie, le sujet est pris de délire nocturne avec hallucinations. Il se lève, cherche à quitter son lit, se croit poursuivi par des êtres imaginaires. Dans certains cas, un véritable délire maniaque s'est déclaré et la cause de cet accident imprévu ne peut être déterminée qu'après la guérison qu'amène la cessation du traitement à l'iodoforme.

Ces accès nocturnes sont séparés par des journées plus calmes, mais où le malade éprouve souvent des troubles de la parole, de la faiblesse d'esprit, une céphalée persistante et parfois de l'aphasie. Quelquefois, il y a apparition d'un état d'aliénation mentale ou de démence passagère.

Enfin, quand la terminaison doit être fatale, le collapsus vient succéder à l'excitation des malades plongés dans l'insensibilité complète et laissant échapper leurs matières involontairement.

Chez les enfants, les symptômes nerveux prennent la forme d'une encéphalite aiguë.

B. — *Appareil circulatoire.*

La petitesse et la fréquence du pouls sont les plus importants, en ce sens qu'elles peuvent nous mettre en éveil. Sans cause appréciable, la fréquence du pouls s'élève dans

des proportions énormes, 130 et 140 pulsations par minute. L'ondée sanguine disparaît sous la pression des doigts. Cette altération dénote un affaiblissement de l'action cardiaque indépendante de tout accès fébrile proprement dit (Falkson).

Cependant, dans nos observations, nous avons noté presque toujours, dans les cas graves, une élévation de température. Peut-être serait-elle due, dans ce cas, à des causes inhérentes à la maladie elle-même.

Enfin, les battements du cœur, très fréquents d'abord, se ralentissent visiblement et la mort survient par paralysie du cœur et de la respiration.

C. — *Appareil respiratoire.*

Les mouvements qui constituent l'acte de la respiration diminuent de nombre et d'amplitude dans les cas graves. On a noté quelquefois le rythme respiratoire de Cheyne-Stokes et de véritables accès de dyspnée.

D. — *Appareil digestif.*

Les phénomènes du côté du tube digestif ont aussi de l'importance. En outre de l'inappétence et les signes de catarrhe gastrique que l'on observe dans les cas légers, d'autres accidents ont apparu qui sont venus compliquer l'état des sujets. Il y a, en effet, des nausées, des vomissements, de la diarrhée qui assombrissent le pronostic.

E. — *Appareil urinaire.*

L'albuminurie a été observée chez plusieurs malades atteints d'intoxication iodoformique. La quantité d'urines a sensiblement diminuée et, de 1.200 à 1.300 grammes, chiffre normal, est descendue de 900 à 700 grammes environ dans les vingt-quatre heures. Nous verrons bientôt les altérations pathologiques que l'on a notées dans l'appareil urinaire dans les cas d'autopsie de l'homme et des animaux.

D. — *Organe des sens.*

Vue. — L'acuité visuelle est diminuée. Il y a obnubilation plus ou moins complète de la vue, des scintillements lumineux, des mouches volantes, de la diplopie.

Ouïe. — Sifflements, bourdonnements, diminution dans la perception des sons.

Odorat. — Éternuements très fréquents, très violents. Cutler et Taylor ont noté des picotements très légers.

E. — *Accidents du côté de la peau.*

Ils apparaissent au bout de quelques heures ou de deux, trois ou quatre jours, tandis que les accidents généraux,

au contraire, ne surviennent, dans la grande majorité des cas, que dans le courant de la deuxième semaine.

Les éruptions cutanées causées par l'iodoforme et qui sont un des accidents les plus fréquents, peuvent être groupés sous le nom générique de dermatites. On peut les diviser en trois groupes (Thibierge, *Ann. de Dermat.*) :

- 1° Lésions érythémateuses ;
- 2° Eczémateuses ;
- 3° Purpuriques.

Les érythèmes se développent avec la plus grande rapidité et peuvent débiter dans le point qui a été mis en contact avec le médicament ou en des points nullement irrités. Les variétés en sont très nombreuses. Souvent léger, quelquefois superficiel, de teinte foncée, il peut offrir l'aspect scarlatiniforme, tantôt ressembler à l'érythème-iris-urticatum ; quelquefois, il peut être accompagné de bulles, papules, vésicules. L'ensemble constituerait la dénomination de érythème *polymorphe*.

L'eczéma est grave d'ordinaire. Apparaît en un point de contact ou à distance. La suppression de l'iodoforme amène le plus souvent la guérison. Quelquefois, il peut devenir chronique.

Purpura. — Dermatite moins fréquente que les précédentes (Janosky).

Signalons pour mémoire les lésions érythémateuses légères qui existent souvent sur les mains des infirmiers et des fabricants, de gaze iodoformée. Ce sont de simples irritations locales ne présentant rien d'intéressant par elles-mêmes.

L'émaciation des malades est très rapide et très accen-

tuée. Il ne s'agit pas d'un phénomène dû au manque d'appétit qui fait que les malades rejettent toute espèce de nourriture. L'émaciation est très rapide et résulte d'une perturbation de la nutrition générale.

Lésions à l'autopsie. — Les lésions portent sur tous les systèmes en général (exp. de Binz et de Hoegyes sur les animaux empoisonnés) : dégénérescence graisseuse du foie, des reins, du cœur, des muscles et parfois des foyers apoplectiques dans les lobes inférieurs du poumon ; altération prononcée de la fibre cardiaque ; gastrite avec hyperémie et ecchymoses ; ulcération de la muqueuse stomacale ; œdème de la pie mère.

Le docteur Fouquet a bien voulu nous communiquer le résultat d'un examen des organes d'un cobaye empoisonné par l'iodoforme, fait au laboratoire d'anatomie pathologique de Bordeaux, et que nous donnons ici.

Tube digestif. — L'œsophage ne présente à considérer qu'une légère tuméfaction de la muqueuse avec quelques taches ecchymotiques sans ulcérations.

Estomac. — Les parois de l'estomac sont épaissies ; la muqueuse est tuméfiée, présentant quelques ulcérations à bords taillées à pic. A la coupe, on note la dégénérescence graisseuse des glandes de l'estomac et de l'épithélium stomacal, qui est infiltré de granulations granulo-graisseuse. La couche sous-muqueuse est infiltrée d'une quantité notable de cellules lymphatiques. Les tuniques musculaires ne présentent aucune lésion appréciable.

Intestin. — L'intestin est le siège d'une inflammation très notable. Dans le cœcum, on trouve, outre un épaississement de la muqueuse, quelques ulcérations qui présen-

tent à peu près les caractères de celles de l'estomac. A la coupe l'épithélium est détruit en partie, et les diverses couches de la muqueuses ont infiltrées de cellules lymphatiques. Les vaisseaux sont volumineux, dilatés, et paraissent gorgés de globules blancs.

Foie. — Le foie est augmenté de volume; il est pâle, ramolli et présente, microscopiquement, les lésions du foie gras. A la coupe, on note un état de dégénérescence très accusé des cellules hépatiques. Le lobule tout entier participe à cette dégénérescence. A peine quelques cellules restent intactes avec leur noyau coloré par le picrocarmin.

Rein. — Les reins sont un peu augmentés de volume.

L'urine renfermait un peu d'albumine. A la coupe, on note une tuméfaction trouble de tous les épithéliums du rein. Glomérules canalicules biliaires. A un plus fort grossissement, on voit une dégénérescence graisseuse très accentuée. Les cellules épithéliales des canaux contournés (droits en anse de Heule) ont perdu leur noyau, leur volume a augmenté en même temps que les canaux se dilataient et elles sont infiltrées de granulations graisseuses. Les capillaires du glomérule de Malpighi ont aussi en partie subi la dégénérescence.

Cœur. — Le cœur présente aussi des lésions de dégénérescence graisseuse du myocarde. Ces lésions, cependant, ne sont pas très accusées et il faut faire plusieurs coupes pour pouvoir constater une lésion bien nette.

Rien à noter dans les poumons et le cerveau.



CHAPITRE IV

L'absorption de l'iodoforme peut évidemment se faire par la peau, puisqu'il est volatil, par les muqueuses, par la surface d'une plaie, par le tissu cellulaire sous-cutané, par les voies digestives et pulmonaires. Mais cette absorption qui produit des effets différents, suivant la nature du sujet et suivant les doses, doit avoir une influence différente suivant le tempérament des sujets. C'est cette différence créant l'idiosyncrasie que plusieurs auteurs ont noté comme une des causes principales d'intoxication iodoformique. Les vieillards y sont plus sujets que les enfants, parce que chez eux les fonctions d'élimination sont paresseuses. Une autre cause prédisposante serait, d'après *Taylor*, une santé délabrée. Cette idiosyncrasie serait encore augmentée par l'absorption plus rapide qui se ferait par la voie stomacale plutôt que par les plaies, et parmi elles celles qui bourgeonnent seraient plus dangereuses que celles qui sont récentes. Jeannel (Ac. méd. de mars 1889)

ne met pas en doute qu'une tare cérébrale (alcoolisme, méningite chronique, aliénation, etc.) ne soit la cause prédisposante *sine qua non* du délire iodoformique.

L'idiosyncrasie des sujets, au point de vue des intoxications, ne doit pas être cependant la seule incriminée, et des doses trop fortes de cet agent peuvent provoquer des accidents redoutables. C'est par des expériences nombreuses sur l'homme et les animaux qu'on a cherché à démontrer cette toxicité de l'iodoforme qui reste encore assez mal établie.

Tandis que chez les chiens, des doses variant de 0 gr. 05 à 0 gr. 50 à 1 gr. 04 par kilogr. ne provoquent que des phénomènes narcotiques ; chez les lapins, ces phénomènes ne s'observent même pas à dose toxique. Nothnagel et Rossback ont administré 1 gr. 50 à 2 gr. en 24 heures à des hommes sans provoquer de narcose, et pensent qu'on doit considérer comme toxiques des doses supérieures à 10 grammes. D'après König, l'intoxication est consecutive à des pansements faits avec plus de 10 grammes d'iodoforme chez les personnes âgées et cachectisées, surtout chez les cancéreux. Les cas d'iodoformisme grave ayant entraîné la mort, que nous rapportons dans les observations, étaient consécutifs à des pansements où la dose d'iodoforme employée était supérieure à plus de 10 grammes par pansement, ce qui semblerait démontrer les assertions des auteurs et de König en particulier.





CHAPITRE V

On ne peut mentionner que les vues hypothétiques des différents auteurs sur le mode d'action de l'iodoforme dans l'organisme.

D'après Binz, l'iodoforme dissous par les graisses est absorbé et dégage aussitôt de l'iode naissant pour former des iodures et des iodates dans l'économie.

Moleschott invoque également la décomposition de l'iodoforme dans le sang. Cet auteur pense que l'iode à l'état naissant qu'il met en liberté, jouit d'une action toxique bien plus élevée que l'iode ingéré en nature et que cette action se prolonge également davantage, l'iodoforme ne se décomposant que graduellement.

Hœgyes, au contraire, croit avec Behring que l'iode entre en combinaison directe avec les matières albumineuses, la réaction des acides de l'économie déterminant ultérieurement sa décomposition.

D'après Choay, sous l'influence des alcalis, l'iodoforme

se transformerait en iodate et en iodure et ne serait jamais éliminé en nature ; il se trouverait dans l'urine soit à l'état de composé organique mal connu, sans action sur l'amidon. Une certaine quantité s'éliminerait par la salive.

Quoi qu'il en soit, les actions éliminatoires de l'iodoforme sont celles de l'iode, car il n'est pas possible d'admettre qu'à ce moment de son action il n'agisse surtout comme composé iodé. On a même l'action de l'iodé en un état de pureté plus grande qu'avec l'iodure de potassium lui-même. Un fait certain, c'est que l'iode apparaît dans l'urine dès les premiers pansements à l'iodoforme, et il s'y présente en quantité proportionnelle à l'abondance de la sécrétion urinaire. Il n'en disparaît qu'autant qu'il ne reste plus d'iodoforme en aucun point de l'organisme. D'un autre côté, le rein n'est pas le seul émonctoire, on a trouvé constamment de l'iode dans la salive des animaux auxquels on a fait absorber de l'iodoforme ; celui-ci s'éliminerait à l'état d'iodure de sodium.

D'ailleurs, l'urine des iodoformés ne s'altère pas plus rapidement que l'urine normale au contact de l'air, comme le prétendait Righini et comme l'a démontré Falkson.

Harnack a conclu que le mécanisme de l'empoisonnement devrait être recherché dans la combinaison iodalbumineuse, car l'iode serait contenu dans l'urine sous forme d'iodalbumine, ainsi qu'il en est du mercure et du plomb.

L'empoisonnement aurait pour point de départ la formation dans la plaie elle-même ; par suite de circonstances

inconnues, cette combinaison iodalbumineuse est nocive pour le système nerveux central.

Behring a émis une théorie séduisante. L'iodoforme, en se décomposant, tuerait surtout en privant le sang des alcalis avec lesquels il se combine. Si on arrive à donner au sang une alcalinité suffisante, il s'établit alors une tolérance remarquable pour l'iodoforme,





CHAPITRE VI

Diagnostic. — Pronostic. — Traitement.

Le diagnostic de l'empoisonnement par l'iodoforme est en général facile dans la plupart des cas.

Les deux signes suivants peuvent être recommandés dans les cas qui présentent de l'incertitude.

1° Le malade accuse un goût d'iodoforme qui devient alliacé s'il fait usage de couverts en argent ou si l'on fait mettre une pièce d'argent dans sa bouche. On peut encore toucher une pièce d'argent avec la salive, puis la frotter avec un linge. Le métal dégagera ou non l'odeur indiquée (Signe de l'argent de Poncet).

2° La salive renferme une certaine quantité d'iode qu'il est facile de mettre en évidence avec le calomel qui se colore en jaune serin.

D'après M. Ollier, cette coloration est une indication de suspendre l'iodoforme par crainte d'accidents graves.

Ce procédé opératoire est des plus faciles.

Pour cela, on mélange une pincée de calomel avec un peu de salive qui donne ou non la teinte jaune serin caractéristique due à la formation d'un iodure mercurieux.

On peut encore rechercher l'iodoforme dans l'urine que l'on traite par l'acide azotique et le chloroforme. Il se produit une coloration rouge s'il y a de l'iode.

Le pronostic résulte évidemment de l'intensité des phénomènes observés. Favorable dans les cas légers, il est inquiétant dans les cas plus graves où l'intoxication paraît avoir gagné tous les systèmes. Il est encore réservé chez les gens affaiblis, âgés, cachectisés, surtout chez les cancéreux et les gens nerveux, parce que chez eux les phénomènes les plus légers peuvent s'accompagner rapidement des accidents les plus graves.

Malgré le grand nombre de théories chimiques dont nous avons déjà parlé, émises pour expliquer le mode d'action de l'iodoforme sur l'organisme, il n'y a pas encore d'antidote reconnu *spécifique*, par conséquent il faut se contenter de traiter chacun des symptômes de l'intoxication grave. La première des indications est de suspendre l'emploi de l'iodoforme si le malade en prend à l'intérieur, de changer le pansement après avoir minutieusement enlevé les plus petites parcelles d'iodoforme. Cette méthode réussit le plus souvent, pour ne pas dire toujours, dans les cas qui ne présentent pas de gravité.

Dans les cas graves ou qui semblent devoir le devenir, la première des indications est encore de suspendre l'emploi du médicament.

On peut donner du bi-carbonate de soude pour fixer

l'iode libre ou plutôt pour ralentir le dégagement de l'iode; ou, si on est partisan de la théorie de Behring, pour donner au sang une alcalinité suffisante qui établirait une tolérance remarquable pour l'iodoforme. On recommandera encore les diurétiques pour favoriser son élimination. Si le sujet est fortement affaibli et cachectisé, on réveillera ses forces avec de l'alcool à titre de tonique. Enfin, dans les cas d'accidents nerveux, M. Aubert recommande l'emploi de la belladone, de l'atropine et du bromure, dont on se sert également contre les accidents de l'iodisme.





OBSERVATIONS

Les observations suivantes sont un exemple du polymorphisme et de la variété des accidents cutanés produits par l'emploi de l'iodoforme.

OBSERVATION I.

(Thibierge, *Annales de Dermatologie*).

Chez un enfant de 11 ans, chez lequel on avait fait un pansement iodoformé sur une ulcération de la paupière supérieure gauche, on constata le lendemain de ce pan-

sement une tuméfaction de toute la partie gauche de la face, qui était rouge depuis l'implantation des cheveux jusqu'aux bords du maxillaire inférieur depuis le nez jusqu'à l'oreille. La peau était violacée, tendue, semée de place en place de phlyctènes, dont quelques-unes s'étaient rompues et laissaient échapper une sérosité gluante; la limite du mal était tracée par un bourrelet saillant; un ganglion sous-maxillaire était engorgé. L'enfant n'avait pas dormi de la nuit et n'avait cessé de souffrir. Le lendemain, après un pansement boriqué, l'enfant n'avait plus souffert et tous ces phénomènes avaient disparu comme par enchantement. Au bout de trois semaines, pendant lesquelles on employa divers pansements, on essaya de nouveau le pansement iodoformé, qui causa de nouveau des douleurs vives et amena au bout de quelques heures un gonflement érysipélateux notable des bords et du voisinage de l'ulcère.

OBSERVATION II.

(Trousseau, *Union médicale*).

Chez un sujet pansé tous les deux jours avec de la poudre d'iodoforme, pour une morsure à l'index gauche, on vit apparaître, au bout d'un mois environ, sur le doigt blessé,

des lésions semblables à celles d'une brûlure du 2^e degré (épiderme soulevé et mortifié recouvrant le derme mis à nu, lisse et rouge vif) qui s'étendirent bientôt à toute la main. On continua le même pansement. Le même aspect de brûlure ne tarda pas à se montrer sur l'index et le médius de l'autre main, et là encore on fit un pansement à l'iodoforme. Quelques jours plus tard apparurent sur les avant-bras et la moitié inférieure des deux bras des plaques rouges confluentes présentant de larges vésicules plates renfermant un liquide séreux; puis sur la partie antérieure du thorax et de l'abdomen une éruption rappelant à s'y méprendre l'exanthème rubéolique. On remplaça, pour le pansement, la gaze iodoformée par la gaze phéniquée. Dès le lendemain l'éruption rubéolique avait disparu, les vésicules des bras s'étaient affaissées. Les lésions semblables aux brûlures avaient cessé de donner du pus. La guérison complète des accidents ne se fit pas attendre.

OBSERVATION III.

(D^r Fourquet).

Homme, 37 ans, tonnelier, vient nous consulter pour une plaie simple à la jambe gauche. Pansement à la pommade iodoformée. Trois jours après, de l'eczéma apparaît sur la jambe malade. La pommade iodoformée est remplacée par un autre pansement. La plaie se cicatrise rapidement, mais l'eczéma persiste encore quelques jours.

OBSERVATION IV.

(Cuttler, *Boston medical*).

Femme atteinte d'un cancer de l'utérus inopérable remontant à un an. Vagin envahi. Utérus fixe. Col ulcéré largement. Cette ulcération était très sagneuse et le siège de fréquentes hémorrhagies. Douleurs vives. Après avoir employé en vain d'autres procédés thérapeutiques, on recourt, en désespoir de cause, à des suppositoires au beurre de cacao contenant chacun 5 grains d'iodoforme. On en appliqua 6 en tout. Au bout de quelques jours, somnolence, pouls rapide, anorexie absolue, émaciation progressive, coma et mort, 33 jours après la visite. Il y avait un peu d'albumine dans l'urine. Cuttler ne soupçonna que plus tard la véritable cause des accidents.

OBSERVATION V.

(Jonowsky, *Viertel Jahrschrift für Dermatologie und Syphilis*).

Homme âgé de 28 ans, porteur de chancres mous, qui sont pansés à l'iodoforme. Il est pris de fièvre et il apparaît

en même temps un érythème sur les cuisses, l'hypogastre et la région des reins. La température se maintient au-dessous de la normale pendant deux jours. Après s'être généralisée, l'éruption disparut. Trois jours après, des desquamations. La reprise de l'iodoforme amena une recrudescence de l'érythème, mais cette fois-ci il n'y eut plus de fièvre.

OBSERVATION VI.

(D^r Fourquet, *Erythème*).

Homme de 29 ans, couvreur, se présente à la consultation pour une éruption intense, le 3 janvier 1893, éruption qui a débuté par les mains, à la suite d'un pansement à l'iodoforme fait sur une plaie étendue de la main droite. Les mains sont d'un rouge vif à la face dorsale, surtout à la main droite. Cette rougeur remonte le long des bras, au cou, au thorax où cet érythème est diffus. La gorge et l'arrière-gorge ne présentent rien d'anormal.

Il y a inappétence et dégoût pour les aliments. Quelques jours après, le malade revient. Dans l'intervalle, sa plaie s'étant cicatrisée, les rougeurs avaient disparu.

OBSERVATION VII (PERSONNELLE).

X..., 29 ans, employé de commerce, se présente à la consultation des maladies de la peau, à Bordeaux, le 14 mars 1893, pour une acné boutonneuse siégeant sur la face, le dos et la partie antérieure du thorax, et pour laquelle il a déjà employé avec persévérance depuis trois ans beaucoup de médicaments internes et externes.

On lui ordonne à l'intérieur 0 gr. 10 d'iodoforme pour une pilule; 4 pilules semblables dans les 24 heures.

Le 23 mars, le malade revient. Les boutons d'acné n'ont point un aspect aussi enflammé que la première fois; ils sont beaucoup plus pâles. On constate, en somme, un mieux sensible. Mais le malade se plaint alors de ressentir certains phénomènes qui lui rendent l'emploi de l'iodoforme insupportable. Il n'a pas d'appétit, tous les mets le dégoûtent, car il sent partout l'odeur de l'iodoforme. 2 ou 3 heures après avoir pris les pilules, dans la journée et principalement dans la soirée, il est dans un état d'ébriété comparable au début de l'ivresse produite par l'alcool; pesanteur de la tête, excitation générale qui lui interdisent toute espèce de travail régulier. De plus, il passe des nuits très agitées; il a des cauchemars affreux, si par hasard il parvient à s'endormir. On diminue la dose d'iodoforme, déjà assez faible.

Le malade revient quinze jours plus tard. Son acné a diminué d'intensité, surtout au visage et à la partie antérieure du thorax. Cependant les inconvénients signalés plus haut s'étant accentués, le malade a de lui-même interrompu le traitement, qu'on lui interdit également à la consultation. Le malade n'a plus reparu.

OBSERVATION VIII (PERSONNELLE).

Homme âgé de 63 ans, agriculteur, entre à l'hôpital St-André le 3 novembre 1892 pour un abcès de la partie supérieure du fémur droit.

Antécédent héréditaire. — Le malade n'a pas connu son père, mère morte à un âge avancé, ni frères, ni sœurs.

Antécédent personnel. — Le malade n'a jamais joui d'une bonne santé. Il est boiteux depuis de longues années de la jambe droite qui était douloureuse à certaines époques, mais cette douleur ne l'empêchait pas de vaquer à ses occupations. Depuis quelque temps, cette douleur est allée en augmentant et le malade s'est résigné à entrer à l'hôpital parce qu'il a vu du pus sortir par une fistule qui s'est élargie de plus en plus.

Examen. — Le malade est très amaigri. La saillie des muscles de la cuisse et de la jambe droite est bien moins prononcée que celle de la cuisse et de la jambe gauche. A la partie

moyenne on remarque une plaie large comme une pièce de 50 centimes dont les bords ne sont pas nettement limités et formés par une série de trajets fistuleux. Du pus mal lié, venant d'une collection purulente, situé à la partie supérieure du fémur sort en assez grande quantité par cette ouverture. L'examen des autres organes ne révèle rien de bien particulier, si ce n'est dans les poumons les signes d'une bronchite généralisée. La température est à 37°6. Le pouls bat 89 pulsations, on ouvre une issue au pus et on nettoie la plaie, on fait un pansement avec 6 à 7 gr. d'iodoforme environ.

Le lendemain et les jours suivants, le même état général persiste, la température aux deux moments de la journée variant entre 37°5 et 38°2. Le même pansement est continué jusqu'au 17 décembre.

17 décembre. Le malade s'est plaint pendant la nuit précédente, parlant à haute voix, se tournant et se retournant sur son lit et empêchant ses voisins de reposer. L'état de la plaie n'a pas changé, mais on remarque aux membres inférieurs des taches de purpura en assez grand nombre variant du rouge vif au rouge bleuâtre. La température donne le matin 37°4, le soir 38°5. Le pouls bat 96 pulsations. L'appétit a sensiblement diminué. Le malade répond difficilement aux questions qu'on lui pose, se plaint de ne pas y voir par moments, d'avoir des bourdonnements dans les oreilles et un violent mal de tête.

18 décembre. Même état, céphalée persistante. Les taches de purpura, aussi nombreuses, sont de couleur plus sombre que la veille. Température 38°5, pouls 97.

23 décembre. Le même traitement a été continué dans l'intervalle et pendant l'absence du chef de service. De nou-

veaux phénomènes ont apparus. Le malade assez calme la veille a déliré pendant toute la nuit parlant à haute voix de ses occupations à des amis qu'il croyait autour de lui. Le matin le malade semble ne pas entendre les questions qu'on lui pose et porte fréquemment les mains à la tête. Les traits du visage sont tirés. Il a des envies fréquentes de vomir et un peu de diarrhée. On remarque de plus de nouvelles taches de purpura aux deux jambes se différenciant des anciennes par leur coloration plus prononcée d'un rouge vif. Les urines qui n'avaient présenté rien d'anormal au début ont diminué un peu de quantité dans les 24 heures, 950 gr. environ. La plaie est dans le même état et donne toujours issue à une certaine quantité de pus.

24 décembre. Même état que la veille. Le pansement est renouvelé, mais on n'emploie plus d'iodoforme.

25 décembre et jours suivants, les mêmes phénomènes se répètent, mais augmentent en intensité. Le malade est de plus en plus agité surtout pendant la nuit. Il essaie plusieurs fois de sauter hors de son lit. Sa parole devient embrouillée. L'appétit a complètement disparu. Diarrhée abondante. Des taches de purpura apparaissent aux avant-bras. Mort dans la nuit du 24 au 25 décembre.

Nécropsie. — L'émaciation du sujet est très remarquable. Les taches de purpura, bien visibles, ont une teinte jaune verdâtre. La collection purulente remonte jusqu'à l'épiphyse du fémur droit. Les tissus voisins sont infiltrés.

Tube digestif. — Rien à noter de particulier.

Foie. — Légèrement augmenté de volume, présente à la coupe l'aspect du foie gras.

Rate. — Congestionnée.

Reins. — Pâles un peu hypertrophiés.

Vessie. — Rien.

Cœur. — Flasque. Les 2 ventricules sont en diastole. Le sang n'est pas coagulé.

Poumons. — Tubercules.

Cerveau. — Rien.

OBSÉAVATION IX (PERSONNELLE).

X., 60 ans, savonneuse. Entrée a l'hôpital le 18 octobre 1892 pour trajets fistuleux multiples siégeant au niveau de la face supéro-externe de la cuisse droite.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — A l'âge de dix-huit ans, a fait une chute du haut d'un arbre sur la région trochantérienne droite. Ecchymose considérable, puis suppuration. Le tout a disparu au bout de deux mois de repos au lit. S'est mariée à vingt-deux ans, a eu deux enfants, dont l'un est mort de méningite tuberculeuse, l'autre « *d'un épanchement au cerveau !* »

Deux ou trois mois après la ménopause, l'ancienne plaie s'est ouverte de nouveau, sans que la malade attribue cela à aucune cause. Depuis lors, alternatives de guérison et de suppuration de la plaie.

Examen. — Lorsque la malade entre à l'hôpital, on

remarque chez elle au niveau de la région trochantérienne droite une série de trajets fistuleux laissant écouler du pus en assez petite quantité.

Un stylet introduit dans ces trajets tombe sur l'os dénudé. La malade boite nettement, mais marche cependant assez bien. L'état général est peu satisfaisant, pas de forces, amaigrissement considérable causé par la suppuration prolongée dont tout l'organisme a du faire les frais.

Le 12 février. Après chloroformisation, de larges incisions mettent à nu l'extrémité supérieure du fémur. Au niveau du grand trochanter, on trouve un volumineux séquestre. On résèque plusieurs ostéophytes et on suture après avoir râclé soigneusement les parties lésées. On place plusieurs drains, on saupoudre d'iodoforme. — Gase iodoforme. Pansement sec. Dose 8 à 10 grammes environ.

Les suites paraissent assez bonnes d'abord, mais au bout de deux à trois jours certains phénomènes apparaissent. La malade quoiqu'on lui dise, se met à défaire systématiquement et plusieurs fois par jour son pansement. La malade n'a plus d'appétit et rejette même toute espèce de nourriture. Ses voisines nous disent qu'elle a eu du délire pendant toute la nuit, s'adressant à haute voix à des êtres imaginaires. Elle répond à peine aux questions qu'on lui pose et a l'air absolument égarée. Température, 37° 5. Pouls faible, 102 pulsations. On analyse les urines, l'examen donne la teinte rouge caractéristique de la présence de l'iodoforme. Température vespérale 37° 8. Pouls 99. Pensant à l'intoxication, le pansement à l'iodoforme est remplacé par un pansement au salol.

Le lendemain l'état général de la malade n'a pas changé,

Le degré d'émaciation considérable au moment de l'entrée à l'hôpital est cependant remarquable encore. La malade a refusé toute nourriture. Elle a eu des nausées, de la diarrhée. La température est à 36° 7. Le pouls est à peine sensible. La malade meurt dans la journée.

Nécropsie le 17. Intestin, rien. Foie légèrement hypertrophié. Aspect du foie gras.

Rate. — Volumineuse.

Reins. — Le droit beaucoup plus volumineux que le gauche.

Vessie. — Assez volumineuse.

Cœur. — Les deux ventricules en diastole.

Cerveau. — Rien.

Poumons. — Rien.

Examen microscopique.

Dans son ensemble la coupe présente l'aspect suivant : les lobules hépatiques sont irrégulièrement circonscrits par de larges bandes au niveau desquelles le parenchyme hépatique normal se trouve rempli par un tissu variable. Les cellules sont arrondies, volumineuses. Celles qui sont le moins altérées contiennent deux ou plusieurs gouttelettes adipeuses disposées dans la masse protoplasmique autour du noyau qui est fort bien coloré et qui n'est pas encore déplacé. Dans d'autres les gouttelettes adipeuses sont volumineuses et plus rares. Le noyau est repoussé vers la périphérie et le protoplasma a en partie disparu. Dans les plus avancées, enfin, et ce sont elles qui constituent presque entièrement la partie centrale des bandes dont nous avons parlé plus haut, il n'existe plus qu'une seule vésicule graisseuse arrondie très volumineuse qui a repoussé le noyau

bien coloré dans un coin de la cellule et qui a pris la place du protoplasma qu'on ne retrouve plus qu'autour du noyau. Il s'agit d'infiltration graisseuse simplement sans destruction des cellules. Les bandes adipeuses sont épaisses, c'est-à-dire qu'elles intéressent la périphérie du lobule dans une étendue très variable. En certains points le lobule est peu atteint ailleurs il est infiltré de graisse jusqu'à sa partie centrale. Il n'y a pas de sclérose, soit péri-portale, soit péri-sushépatique. La veine centrale est gorgée de sang et très dilatée. Les capillaires qui y aboutissent sont eux-mêmes très dilatés, ce qui semblerait indiquer une lésion récente déterminée par la stase du sang dans le système de la veine cavé inférieure.

Recherche de l'iodoforme. — Nous prenons un morceau de substance hépatique et nous la traitons par une lessive de soude afin de faire passer dans les traitements qui suivront tous les composés iodés à l'état d'iodures alcalins.

Nous pulvérisons la substance dans un mortier et nous évaporons au bain-marie. Le résidu est calciné dans un creuset en platine en y ajoutant par petites portions de l'azotate d'ammoniaque pulvérisé. Lorsque la masse est devenue blanche nous la reprenons par l'eau distillée acidulée par l'acide azotique. La calcination a détruit les pigments biliaires, donc de ce côté pas d'erreur. Le liquide que nous avons obtenu est légèrement jaunâtre, ce qui indique la présence d'une certaine quantité d'iodoforme à l'état de composé iodé.

Rein. — Les glomérules sont normaux en général, d'autres sont en partie diminués de volume et un peu sclérosés. Leur capsule est un peu épaissie, les uns sont atro-

phiés, très adhérents à la capsule. Les tubes contournés et les canaux en anse de Heule présentent des lésions analogues. Leur diamètre est rempli par un amas de substance granulo-graisseuse. Les cellules sont elles-mêmes granulo-graisseuses, quelques-unes ont leur volume et leur forme ordinaire, beaucoup sont plus aplaties et comme décapitées par la substance granulo-graisseuse. Les noyaux sont parfois bien colorés et situés vers la base d'implantation des cellules. Les vaisseaux sont peu allérés. Quelques-uns sont atteints d'indarterite surtout dans le voisinage des glomérules atrophies. Dans certains points il existe aussi de la périartérite, le tissu conjonctif est hyperplasié par places. En somme ce sont des lésions légères de sclérose ancienne.

Cœur. — Présente des lésions très légères.

OBSERVATION X.

(D^r Fourquet).

Abcès de la rate. Injection iodoformée. Accidents consécutifs.

X..., âgée de 32 ans, couturière, nous fait appeler pour la variole.

Antécédents héréditaires. — Rien à noter ; père et mère morts à un âge avancé ; sœur bien portante.

Antécédents personnels. — N'a jamais fait de graves maladies ; pas d'habitudes alcooliques ; pas de syphilis.

Histoire de la maladie. — Le 8 février 1892, elle fait appeler le médecin pour une fièvre intense avec céphalalgie opiniâtre, rachialgie, et une éruption qui avait débuté par la face et le cou. La variole suit son cours régulier sans complications d'aucune sorte. La malade entrait en convalescence le 25 février, quelques jours plus tard.

3 Mars. — Apparition nouvelle de la fièvre avec frisson violent. La malade se plaint d'une douleur très vive, avec sensation de chaleur et de pesanteur dans l'hypocondre gauche. L'examen permet de constater une tuméfaction douloureuse dans la région splénique. Fièvre intense ; température matinale 38°9, vespérale 40°1. Le pouls est dur et fréquent ; céphalalgie.

4 Mars et jours suivants, même état sauf une exagération de la douleur, une tension plus grande dans l'hypocondre gauche. La tumeur splénique est du volume de la tête d'un fœtus. On fait une ponction et l'on retire 560 gr. d'un pus bien lié. Injection de glycérine iodoformée à 1 gr. pour 200 gr..

10 mars. — La malade a passé une bonne nuit. La fièvre a diminué. Température matinale 38°2, vespérale 38°6. Le pouls est fréquent ; céphalalgie violente.

Les jours suivants, l'état général de la malade s'améliore. Cependant la tumeur splénique ayant augmenté de volume, nous songeons à faire une deuxième ponction, le 15 mars. On retire 750 gr. de pus ; nouvelle injection de glycérine iodoformée.

Trois jours après, la malade est prise de vertiges avec

tendance à la syncope ; la fièvre s'est réveillée et la malade nous fait appeler dans la nuit du 18 mars.

Etat le 18 mars. — La malade est en proie à un accès de fièvre très vive. Température 38°8. Le pouls est à 130 pulsations. Plusieurs crises de dyspnée très intense. L'examen de la région à l'hypocondre gauche ne nous révèle aucun phénomène particulier. La tumeur splénique n'a pas augmenté de volume, pas de tension de rénitence bien nette, pas de douleur à la pression. Croyant à la possibilité d'une infection purulente, nous interrogeons minutieusement tous les organes en particulier. Notre examen reste absolument négatif. Nous ordonnons une potion tonique anti-fébrile avec 4 gr. d'extrait mou de quinquina pour 1 gr. de sulfate de quinine.

19 Mars. — Dans la nuit, la malade a été très agitée ; un délire violent s'est déclaré à 10 h. 1/2 jusqu'à 1 heure du matin. La malade parlait à haute voix, s'adressant à des êtres imaginaires, puis tombait tout à coup dans la prostration d'où elle ne sortait que pour verser d'abondantes larmes sur la mort de son mari et de ses enfants qui étaient auprès d'elle.

20 Mars. — La malade est plus calme. Cependant elle est prise de nausées fréquentes et a rejeté à deux ou trois reprises quelques gorgées de mucosités. Elle a eu cinq à six selles liquides et se plaint de coliques assez violentes.

L'examen de l'hypocondre gauche nous permet de constater que la région splénique n'est douloureuse ni spontanément ni à la pression. On remarque une éruption scarlatiniforme sur le cou, la face et le tronc. L'examen de la gorge ne nous révèle ni angine pultacée, ni rougeur du

pharynx. Le cœur bat rapidement, mais régulièrement ; pas de signes de myocardite ; foie normal ; urines diminuées d'abondance (1.080 gr.), légèrement albumineuses. Rien aux poumons.

La malade a toute sa connaissance. Elle parle parfaitement et répond avec précision aux questions qu'on lui pose, Température, 38°8. Pouls, 92.

21 Mars. — La plupart des accidents se sont amendés. L'éruption scarlatiniforme a en partie disparu ; la température est revenue à 37°8. Le pouls a 74. L'amélioration se continue les jours suivants.

27 Mars. — La malade nous fait appeler de nouveau, car la région splénique est redevenue très douloureuse. On constate que le pus s'est de nouveau formé et on fait une ponction suivie d'une injection de glycérine iodoformée.

28 Mars. — La malade ne ressent plus de douleur dans l'hypocondre gauche ; mais elle éprouve un malaise qui s'accompagne d'une tendance invincible au sommeil. Quelques crampes douloureuses dans les membres inférieurs.

29 Mars. — Dans la nuit, crises syncopales ; délire loquace ; mêmes symptômes que précédemment avec température élevée (39°8) et accélération du pouls. Nausées, vomissements, diarrhée.

30 Mars. — Nouvelle éruption érythémateuse sur tout le corps.

Nous incriminons l'iodoforme et nous le suspendons d'une façon absolue. Le pus s'étant reformé dans l'abcès, nous ouvrons largement, nous drainons et faisons des lavages boriqués jusqu'à la guérison complète, qui se fait attendre quelques jours encore.

OBSERVATION. XI

(Erick-Harnack, *Klinisch Woehens*, 1885).

Observé femme de 61 ans, ayant déjà été soignée pour un trouble mental, atteinte depuis huit ans d'un prolapsus complet de l'utérus et du vagin. Colporraphie double avec périnéoraphie. Pansement avec une quantité d'iodoforme ne dépassant pas 3 ou 4 gr., outre un morceau de gaze iodoformée. 60 heures après l'opération, la malade, sans aucune élévation de température ni accélération du pouls, refuse aliments, boissons et médicaments, craignant qu'on ne l'empoisonne. Puis elle est prise d'un violent état maniaque. Les plaies opératoires du vagin et du périnée sont lavées avec une solution de permanganate de potasse et on enlève avec le doigt ce qui restait d'iodoforme. Le lendemain, même état d'agitation. Température, 39°5; pouls ne dépassant pas 90. L'urine, examinée, contient de l'iode en abondance. Le surlendemain, raideur de la nuque et trismus; pouls à 80; mort dans le collapsus le sixième jour.

Autopsie. — Cœur volumineux. Rien d'anormal dans l'abdomen. Rein gauche complètement atrophie. Le bassin gauche contient des calculs. L'uretère gauche est oblitéré.

Rein droit simplement hypertrophié. Sclérose des gros vaisseaux de l'encéphale.



CONCLUSIONS

L'iodoforme employé à l'extérieur et à l'intérieur comme agent thérapeutique n'est pas sans danger pour l'économie. Des observations de jour en jour plus nombreuses des expériences sur les animaux démontrent que si c'est une substance précieuse, elle présente aussi des inconvénients graves. Son emploi demande une prudente réserve que les chirurgiens et médecins français ont toujours su apprécier et mettre en pratique. Les observations des étrangers sont en effet plus fertiles que les nôtres en relations d'accidents ayant entraîné la mort dus à l'usage inconsidéré de cette substance. La pratique journalière prouve d'un autre côté que l'iodoforme, s'il est doué d'une efficacité réelle comme anesthésique, cicatrisant, désinfectant, etc., etc., a un pouvoir antiseptique peu considérable. Les expériences de Heyn, de Rowsing, celles de contrôle de Neisser, Lubbert, Kung, Schnirer, les travaux de Bouchard, ont démontré que la plupart des bactéries pathogènes ne sont qu'affaiblies par l'iodoforme.

De plus l'idiosynerasie des sujets, cause fréquente d'accidents graves, rend difficile l'évaluation des doses à employer pour chaque malade. Dans ces conditions, les conclusions de ce travail nous conduisent à émettre avec Berger des règles à suivre dans son mode d'emploi :

1° L'iodoforme doit être mis avec précaution et en petite quantité sur les surfaces malades.

2° Dans les cavités naturelles ou artificielles, il ne faut en introduire qu'aussi peu que possible.

3° Il ne faut jamais en frictionner les plaies.

4° Il faut renouveler le pansement le moins souvent possible.

5° Il ne faut pas l'employer en même temps qu'un autre antiseptique et d'autres pansement qui en facilitent l'absorption outre mesure.

6° Il ne faut s'en servir qu'avec les plus grandes précautions chez les jeunes et les vieux sujets, chez les personnes affaiblies et nerveuses, chez celles qui ont une affection rénale ou cardiaque, chez celles qui sont trop grasses et qui ont les chairs flasques.

7° Enfin il faut que les praticiens exerce une surveillance attentive sur tous les malades qui se servent de l'iodoforme et fassent cesser l'usage dès que survient le moindre symptôme d'intoxication.



VU :

Le Président,
LABOULBÈNE.

VU :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur
de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BRUN. — Thèse d'agrégation, 1886.
BERGER. — Revue d'Hayem, 1883.
HAYEM. — Revue, t. XXIII-XXIV, 1884.
DURET. — Société anatomo-clinique, Lille, 1887.
THIBIERGE. — Annales de dermatologie, 1888.
Trousseau. — Union médicale, 22 mai 1886.
WALLICH. — Union médicale, 15 octobre 1888.
MEUNIER. — Thèse de Paris, 18 juillet 1887.
ROSSIGNOL. — Thèse pour le doctorat, 1891.
ROSSIGNEUX. — Lyon médical, 27 mars 1892.
LEMOINE. — Bulletin médical du Nord, VII, p. 153, 1892.
GAY. — Gazette de Montpellier, octobre 1891.
TILANUS. — Revue de chirurgie, février 1890.
DUCLAUX. — Annuaire de l'Institut Pasteur, 1887, p. 600.
DUBREUILH. — Annales de dermatologie, I à n° 4, 1889.
PONCET. — Lyon médical, t. XXI, p. 753.
VERNEUIL. — France médicale, 7 mai 1891.

BOUCHARD. — Cours de pathologie générale, pages 214, 267, 273.

DUJARDIN-BEAUMETZ. — Cours de thérapeutique clinique, 1891.

MANQUAT. — Traité de thérapeutique, 1892.

GAILLARD. — Poitou médical, 1^{er} mars 1889.

FABRE. — Gazette médicale, 18 octobre 1884.

PEREYRA. — Lo experimentale, mars 1887.

GERLACH. — Meed. News, 7 mars 1891, p. 273.

TUTTLE. — Dermatoleiodoformique. (Boston, méd. journ., 8 octobre 1892.)

ROBERSTSON. — British med. journ., 14 novembre 1892.

R. W. TAYLOR. — Americ. Dermat. Assoc., 11 août 1887, et New-York med. journ., p. 367, 1^{er} octobre 1887.

HAYES. — The Dublin journ. of. med. soc., p. 105, 1883.

KREVEZ. — Therap. Monatsh, p. 104, mars 1889.

VAN ARSDALE. — Annals of Lurgery, p. 202, mars 1889.

PILHER. — Amer Surgery Assoc., 16 mai 1889.

CUTTLE. — Boston, med. journ., vol. 115 n^{os} 4 et 5.

HEYN ET ROWSING. — Forstschrifte der medecine, n^o 2, 1887.

VILLEMER. — Cent. f. chir., n^o 50, 1886.

KAHLDEN. — Cent. f. Bacteriol, t. XI, n^o 6, 1886.

JANOLSWKY. — Wertell Jahrschrift. für Dermatol. und syphilis, 1884.

KUKN. — Berlin. Klin. Woch, 7 décembre 1885.

SCHWARD. — Berlin. Klin. Woch, n^o 7, p. 99, 16 février 1886.

ERICK HARNACK. — Berlin. Klin. Woch, n^o 7, p. 98, 16 février 1886.

- BEHRING. — Deutsche med. Woch, n° 5, 1884.
NEISSER. — Deutsche med. Woch, n° 30, 1884.
BEHM. — Zeits f. Geburt. Band, XIX, Heft. I, 1884.
PICK. — Deutsch. med. Woch, n° 30, 1884.
KONIG. — Centr. chirurg., n°s 7 et 8, 1882.
HAGELBERG. — Berlin. Klin. Woch, n° 5, 1882.
MAX SCHIDE. — Central. chirurg., 1883.
BRUNS. — Arch. f. Klin. chir., 4 mai 1891.
KRAUSE. — Berlin, Klin. Wochens, 15 mars 1891.
KLINGEMAM. — Centr. f. chirurg., 1891.



